

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-628086

119787

### Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 19563

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN RIYENE JALAL

Date de naissance : 03/10/1984

Adresse : 14 Rue 52 ouïfa - CASA

Tél. : 0662651645 Total des frais engagés : 1034,00 Dhs

Dr. C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine  
Lot Koubi - Dar Bouazza  
Tél : 05 22 96 17 91  
05 22 96 17 95  
I.C.F : 001698943000033

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/6/2019

Nom et prénom du malade : Benriyene Yassine Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Jambes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9.6. 2022	Acte	1	300.00	INP : 03196960 DR. C. GUILLEMETEAU 46, Boulevard Tidghine

		Lot Koubl - Dar Bouazza
		Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	I.C.E : 001698942000033 Montant : 734,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				<b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B	
				H																
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
D																				
G																				
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

LICENCEE EN PSYCHOLOGIE  
C.E.S. DE PEDIATRIE  
D.E.S. D'ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE  
CLINIQUE

EX. ATTACHEE DE CONSULTATIONS  
AU C.H.U DE BORDEAUX  
D.E.S. D'HOMEOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tadghine  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95  
E-mail : c.guillemeteau@gmail.com

Sur Rendez-vous

ICE : 001698943000033  
INPE : 091069609

Casablanca, le 5.6.2012 الدار البيضاء، في

الدكتورة كاترين ڭيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين 46

دار بوزة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستقبالات بالموعد

Bl 11. yes

Tom.

734,00 Mene che

1



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
MENACTRA 0,5 ML SOF  
INJ 1FL  
PPV : 734,00 DH

5 118001 081981

Dr. C. GUILLEMETEAU  
46, Boulevard Tadghine  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 95  
ICE : 00169894300033  
ROUTE AZEMOUR RES TERRASSES MANNES  
ROUTE DES TERRASSES MANNES SARL AU  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 95

Dr. C. GUILLEMETEAU  
46, Boulevard Tadghine  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 95  
ICE : 00169894300033  
ROUTE AZEMOUR RES TERRASSES MANNES  
ROUTE DES TERRASSES MANNES SARL AU  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 95